L 6 KR 746/05

Land
Freistaat Thüringen
Sozialgericht
Thüringer LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Meiningen (FST)
Aktenzeichen
S 16 KR 1691/03
Datum
13.09.2005
2. Instanz
Thüringer LSG
Aktenzeichen
L 6 KR 746/05
Datum
14.12.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Der Wortlaut des [§ 9 Abs.1 Nr.2 SGB V](#) war vom Gesetzgeber so gewollt. Für eine Lückenfüllung durch analoge Anwendung des [§ 9 Abs.1 Nr.4 SGB V](#) bleibt kein Raum.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Meiningen vom 13. September 2005 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist noch streitig, ob der Kläger im Zeitraum vom 1. April 2003 bis zum 31. März 2007 bei der Beklagten freiwillig versichert war.

Der 1941 geborene Kläger bezieht seit dem 1. Dezember 2002 eine Altersrente für schwerbehinderte Menschen nach [§ 236a](#) des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) wegen teilweiser Erwerbsminderung. Die Auszahlung der Rente begann am 1. April 2003. Bereits seit dem 1. November 2002 war er bei der Beklagten aufgrund einer Familienversicherung über seine Ehefrau versichert, nachdem er zuvor privat krankenversichert war.

§ 14 Abs. 2 der Satzung der Beklagten und der Beigeladenen in der ab 1. Januar 2003 geltenden Fassung bestimmt, dass Schwerbehinderte nur bis zum vollendeten 45. Lebensjahr als freiwilliges Mitglied beitreten können.

Mit Bescheid vom 6. März 2003 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass seine Familienversicherung aufgrund der Rentenzahlung ab 1. April 2003 erlischt. Da dieser die Vorversicherungszeit nicht erfüllt habe, könne eine weitere Versicherung in der gesetzlichen Krankenkasse nicht erfolgen.

Hiergegen erhob der Kläger, vertreten durch seine Ehefrau, am 20. März 2003 Widerspruch und machte mit Schreiben vom 28. März 2003 ergänzend geltend, dass ein familienversicherter Ehegatte auch dann das Recht auf den Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung habe, wenn der bisher stammversicherte Ehegatte die Vorversicherungszeit erfülle. Es sei daher rechtswidrig, ihm den Beitritt zu versagen. Die Lücke in der Regelung des [§ 9 Abs. 1 Nr. 2](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuches (SGB V) sei vielmehr im Sinne einer Beitrittsberechtigung des Ehegatten zu schließen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 8. Mai 2003 wies die Beklagte den Widerspruch zurück und führte zur Begründung aus, die Voraussetzungen des [§ 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) seien nicht erfüllt. Der Kläger könne daher der Krankenkasse nicht freiwillig beitreten. Nur bei zuvor familienversicherten Kindern, die die Vorversicherungszeit nicht selbst erfüllen, reiche es nach dieser Vorschrift aus, wenn diese von einem Elternteil, aus dessen Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet werde, erfüllt werde.

Hiergegen hat der Kläger am 30. Mai 2003 vor dem Sozialgericht Altenburg Klage erhoben und erneut Ansicht geäußert, dass [§ 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) eine Gesetzeslücke enthalte. Nach dieser Regelung reiche bei Kindern auch die Erfüllung der Vorversicherungszeit durch einen Elternteil, aus dessen Stammversicherung die bisherige Familienversicherung abgeleitet worden sei. Nicht erwähnt sei in Nr. 2, dass ein bisher familienversicherter Erwachsener zum Beitritt berechtigt sein müsse, wenn der stammversicherte Ehegatte die Vorversicherungszeit erfülle. Im Kasseler Kommentar zu [§ 9 SGB V](#) sei hierzu kommentiert, dass dieser Fall in der Gesetzgebung übersehen und das Gesetz daher lückenhaft sei. Die Lücke sei in analoger Anwendung des [§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) zu schließen, denn auch dort genüge eine Vorversicherungszeit des Ehegatten.

Dem ist die Beklagte entgegengetreten und hat betont, dass der Kläger der freiwilligen Ver-sicherung nicht beitreten könne, da die Familienversicherung nur für einen kurzen Zeitraum bestanden habe. Es sei anzunehmen, dass sie nur eingegangen worden sei, um einen Ver-sicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erlangen.

Das Sozialgericht Altenburg hat den Rechtsstreit mit Beschluss vom 15. Oktober 2003 an das örtlich zuständige Sozialgericht Meiningen (SG) verwiesen. Dieses hat die Klage sodann mit Urteil vom 13. September 2005 abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, dass [§ 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) keine planwidrige Regelungslücke enthalte und der Kläger mangels erforderlicher Vorver-sicherungszeit nicht unter den dort genannten Personenkreis falle. Nach der Gesetzesbegründung solle durch die Einführung einer Vorversicherungszeit in Nr. 2 vermieden werden, dass sich Per-sonen freiwillig weiterversichern könnten, deren Familienversicherung nur für eine kurze Zeit bestanden habe. Die Regelung solle dazu beitragen, an der Nahtstelle zwischen der gesetz-lichen und der privaten Krankenversicherung eine missbräuchliche Gestaltungsmög-lichkeit auszuschließen. Gegen eine Regelungslücke spreche weiterhin, dass in [§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) für die freiwillige Versicherung von schwerbehinderten Menschen die Er-füllung der Vorversicherungszeit durch den Ehepartner ausreichend sei. In diesem Fall sei dies durch den Gesetzgeber eindeutig geregelt worden, weshalb es nicht einzusehen sei, warum dies dann in [§ 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) vergessen worden sein soll. Darüber hinaus sei die Interessenlage zwischen Kindern und Ehegatten in [§ 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) nicht vergleichbar. Bei Kindern, die naturgemäß zunächst nicht im Erwerbsleben stünden, könne in den wenigsten Fällen die Vorver-sicherungszeit durch die Kinder selbst erfüllt werden. Da es in [§ 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) nicht auf den Grund für das Erlöschen der Familienversicherung ankomme, sollten sie dadurch privilegiert werden, dass auf den unterhaltspflichtigen Elternteil zur Erfüllung der Vorversicherungszeit abge-stellt wird. Es würde dem Gesetzeszweck widersprechen, wenn bei Ehepartnern die Vorversiche-rungszeit durch den Ehegatten für die freiwillige Versicherung ausreichte, denn dadurch könnten sich Personen freiwillig weiterversichern, deren Familienversicherung nur für eine kurze Zeit be-standen habe und die zuvor privat versichert gewesen seien. Diese sollten nach der Gesetzesbegründung aber bei vorzeitiger Beendigung der Familienversicherung wieder in die pri-vate Versicherung überwechseln. Bei schwerbehinderten Menschen im Sinne des [§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) sei die Interessenlage mit Kindern vergleichbar, da diese ebenfalls Erschwernisse im Erwerbsleben hätten und deshalb zu privilegieren seien. Eine freiwillige Versicherung als Schwerbehinderter nach [§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) scheide aus, da der Kläger das in § 14 Abs. 2 der Satzung der Beklagten genannte Höchstalter von 45 Jahren überschritten habe.

Der Kläger hat gegen das seiner Bevollmächtigten am 26. September 2005 zugestellte Urteil am 20. Oktober 2005 Berufung eingelegt und mit seiner Begründung im Wesentlichen die Auffassung bekräftigt, dass [§ 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) eine planwidrige Regelungslücke enthalte. Sie sei im Wege der Analogie zu [§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) zu schließen. Im Übrigen bestehe auch ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch wegen Verletzung der Beratungspflicht. Die Beklagte habe nämlich ihm gegenüber immer wieder behauptet, eine freiwillige Krankenver-sicherung sei für ihn weder bei der Beklagten noch bei einer anderen gesetzlichen Kranken-versicherung möglich. Mit der vom Versorgungsamt am 15. Dezember 2003 rückwirkend zum 10. Januar 2003 festgestellten Schwerbehinderung mit einem Grad der Behinderung von 50 hätten grundsätzlich die Voraussetzungen für einen Beitritt nach [§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) vorgelegen. Da zumindest die Bertelsmann BKK keine Altersgrenze in ihrer Satzung festge-legt habe, wäre für ihn eine Mitgliedschaft bei dieser möglich gewesen. Insoweit sei ihm durch die Bertelsmann BKK auch Wiedereinsetzung in die Beitrittsfrist zu gewähren. Durch die falsche Information der Beklagten sei aber die Anzeigefrist des [§ 9 Abs. 2 Nr. 4 SGB V](#) abgelaufen. Da für die Beklagte erkennbar der Fortbestand der gesetzlichen Krankenversiche-rung gefährdet gewesen sei, hätte sie von sich aus auf andere Möglichkeiten zur Fortsetzung der gesetzlichen Krankenversicherung hinweisen müssen. Seit dem 1. April 2007 sei er nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) wieder bei der Beklagten pflichtversichert. Ein Rechtsschutzbedürfnis für die Klage sei dadurch nicht entfallen, denn der Sozialhilfeträger habe in der Vergangenheit nur einen Teil der Kosten seiner Krankenbehandlung übernommen, den Rest habe er selbst finanziert. Dies betreffe die gesetzlichen Zuzahlungen zu Medikamenten, Kran-kenhausaufenthalt sowie die Praxisgebühr. Als chronisch Kranker hätte er bei einer Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf eine Zuzahlungsbefreiung gehabt. Außerdem mache die Beklagte nunmehr mit Bescheid vom 11. September 2007 einen Erstattungsanspruch im Hinblick auf Leistungen geltend, die sie im Zeitraum Januar bis März 2004 erbracht habe. Der Kläger hat im Laufe des Berufungsverfahrens seine Rentenbescheide sowie verschiedene Apotheken- und Praxisgebühr-Quittungen vorgelegt und eine Beiladung der Bertelsmann BKK angeregt.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Meiningen vom 13. September 2005 und den Bescheid der Beklagten vom 6. März 2003 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Mai 2003 aufzuheben und festzustellen, dass er im Zeitraum vom 1. April 2003 bis zum 31. März 2007 bei der Beklagten freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung war.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung wiederholt sie ihr erstinstanzliches Vorbringen und führt ergänzend aus, dass der Hinweis auf eine fehlende Möglichkeit für eine freiwillige Versicherung sich nur auf das Beitrittsrecht nach [§ 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) bezogen habe. Der Kläger habe darüber hinaus auch keine Beratung hinsichtlich der Möglichkeit einer Versicherung bei einer anderen ge-setzlichen Krankenkasse gewollt.

Mit Beschluss vom 20. November 2006 wurde die Pflegekasse der Beklagten zum Rechts-streit beigeladen.

Mit Schriftsätzen vom 5. Juli 2007, 16. Oktober sowie 11. November 2009 haben die Beteiligten überein-stimmend auf die Durchführung einer weiteren mündlichen Verhandlung verzichtet.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird im Übrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte, die Gegenstand der gehei-men Beratung waren, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung, über die der Senat im Einverständnis der Be-teiligten gemäß [§ 124 Abs. 2](#) des

Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ohne Durchführung einer mündlichen Verhandlung durch Urteil entscheidet, ist zulässig ([§ 151 SGG](#)), jedoch nicht begründet.

Zwar ist die Klage (weiterhin) zulässig. Das Rechtsschutzbedürfnis ist nicht, wie die Be–klagte einwendet, dadurch entfallen, dass der Kläger seit 1. April 2007 wieder bei der Be–klagten pflichtversichert ist. Insoweit hat dieser zutreffend darauf hingewiesen, dass für den streitgegenständlichen Zeitraum noch gegenseitige Ansprüche streitig sind, deren Bestehen oder Nichtbestehen von der mit der Klage begehrten Feststellung abhängt.

Die Klage ist aber unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Feststellung, dass er im Zeitraum vom 1. April 2003 bis zum 31. März 2007 bei der Beklagten freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung war. Der Senat hat den Antrag des Klägers nach [§ 123 SGG](#) dergestalt ausgelegt, dass allein die Feststellung der freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung der Beklagten begehrt wird. Dies ist der sachdienliche Antrag, nachdem eine Feststellung der freiwilligen Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung bei der Beklagten bereits von vornherein nicht in Betracht kommt. Auch eine (Mit-)Verur–teilung der Pflegeversicherung beigeladenen Pflegekasse nach [§ 75 Abs. 5 SGG](#) i.S. einer Feststel–lung (auch) der freiwilligen Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung scheidet aus, da hier das erforderliche Ausschließlichkeitsverhältnis, d.h. dass der streitige Anspruch entweder ge–gen die Beklagte oder gegen die Beigeladene besteht, nicht vorliegt (vgl. dazu Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9.Auflage 2008, Rdnr. 18 zu § 75). Schließlich ist die Feststellung der freiwilligen Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung auch nicht erfor–derlich, da der Kläger bei einer Feststellung der freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetz–lichen Krankenversicherung der Beklagten nach § 20 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetz–buch (SGB XI) von Gesetzes wegen (sogar) pflichtversichert in der sozialen Pflegeversiche–rung bei der Beigeladenen ist.

Eine Mitgliedschaft bei der Beklagten käme, nachdem seine Familienversicherung nach [§ 10 SGB V](#) mit Ablauf des 31. März 2003 aufgrund der Rentenzahlung ab 1. April 2003 erlo–schen ist, nur unter den in [§ 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) genannten Voraussetzungen in Betracht. Danach können Personen, deren Versicherung nach [§ 10 SGB V](#) erlischt, der Versicherung beitreten, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in [§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) genannte Vorversicherungszeit erfüllen.

Da der Kläger die in [§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) genannte Vorversicherungszeit nicht erfüllte, lagen in seinem Falle die Voraussetzungen für eine freiwillige Mitgliedschaft bei der Beklagten im streitgegenständlichen Zeitraum nicht vor. Diesbezüglich wird zur Vermeidung von Wiederholungen gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die entsprechenden Ausführungen im an–gefochtenen Urteil des SG verwiesen.

Ergänzend weist der Senat im Hinblick auf das Berufungsvorbringen darauf hin, dass er zum einen die von der Klägerseite vorgetragene Bedenken gegen den Wortlaut des [§ 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) nicht teilt. Er ist nicht der Auffassung, dass insoweit eine planwidrige Regelungslücke vorliegt, als vormals familienversicherte Personen, die nicht Kinder des stammversicherten Versicherungsmitglieds sind, selbst die erforderliche Vorversicherungs–zeit erfüllen müssen. Insoweit hat das SG überzeugende Gründe für die unterschiedliche Be–handlung ehemals Familienversicherter gegenüber Kindern des stammversicherten Versiche–rungsmitglieds dargelegt. Dem schließt sich der Senat ausdrücklich an. Für eine planwidrige Regelungslücke spricht auch nicht die behauptete Ungleichbehandlung zwischen familien–versicherten Kindern und deren Kindern, die nach der seit 2005 geltenden Fassung des [§ 10 Abs. 1 SGB V](#) ebenfalls familienversichert sein können, im Anwendungsbereich des [§ 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#). Selbst wenn der Gesetzgeber es "vergessen" haben sollte, die Kinder fami–liensversicherter Kinder in die Vorschrift des [§ 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) ausdrücklich einzube–ziehen, folgt hieraus nicht, wie der Kläger meint, zwingend, dass hinsichtlich der sonstigen Familienversicherten (ebenfalls) eine Regelungslücke vorliegt. Dies gilt nach Überzeugung des Senats auch für die unterschiedliche Behandlung schwerbehinderter Menschen nach [§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#). Dass es hierfür sachliche Gründe gibt, hat das SG ebenfalls, für den Se–nat überzeugend, dargelegt. Letztlich teilt auch der Senat die Auffassung, dass der Wortlaut des [§ 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) vom Gesetzgeber so gewollt war. Für eine Lückenfüllung durch analoge Anwendung des [§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) bleibt damit kein Raum.

Zum anderen liegen auch die Voraussetzungen für die Anwendung der Grundsätze des so–zialrechtlichen Herstellungsanspruchs nicht vor. Im Falle des Klägers fehlt es bereits an der behaupteten unzureichenden bzw. falschen Beratung seitens der Beklagten. Die Schwerbe–hinderung des Klägers wurde nämlich erst mit Bescheid des Versorgungsamts vom 15. De–zember 2003, wenn auch rückwirkend zum 10. Januar 2003 (Tag der Antragstellung) festge–stellt. Damit hatte weder der Kläger noch die Beklagte zum Zeitpunkt der Beendigung der Familienversicherung zum 31. März 2003 Kenntnis von der Schwerbehinderung. Für die Be–klagte bestand daher zu diesem Zeitpunkt überhaupt keine Veranlassung, auf die grundsätz–liche Möglichkeit der freiwilligen Versicherung nach [§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) bei einer ande–ren Krankenversicherung hinzuweisen. Zum Zeitpunkt des Bescheidserlasses seitens des Versorgungsamts im Dezember 2003 (und damit der frühestmöglichen Kenntniserlangung von der Schwerbehinderung des Klägers durch die Beklagte) war im Übrigen die dreimona–tige Beitrittsfrist des [§ 9 Abs. 2 SGB V](#) bereits abgelaufen, sodass dann ein entsprechender Hinweis nicht mehr erforderlich war.

Lediglich ergänzend ist anzumerken, dass Gründe für eine Wiedereinsetzung in die Beitritts–frist wegen der behaupteten Falschberatung durch die Beklagte bei dieser Sachlage erkennbar nicht gegeben sind. Bereits deshalb bedurfte es auch der vom Kläger angeregten Beiladung der Bertelsmann BKK nicht.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2011-12-16